

NOM et prénom de l'abonné (comme indiqué sur l'état civil)	Date de naissance
M. Mme

Autre(s) personne(s) vivant au foyer	Date de naissance
M./Mme M./Mme

Numéro de téléphone :	Opérateur (Orange, autre) :	Accès internet oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse :		
N° : Rue :		
Bâtiment : Code d'accès : Entrée : Etage :		
Lieu-dit/hameau :		
Code Postal : Commune :		

Personnes pouvant apporter les clefs et vivant à proximité		
NOM et Prénom	Adresse	Téléphone
1 -		
2 -		
3 -		

Boîte à clefs oui non

Code détenu par :

Tél :

Téléphone installé : oui non

Prise électrique installée à proximité de la prise téléphonique : oui non

Famille de l'abonné (même éloignée géographiquement)		
NOM, Prénom et lien de parenté	Adresse	Téléphone

Renseignements utiles

Mesure de protection (tutelle) oui non en cours

Si oui, organisme ou personne désignée :

Bénéficiaire APA : oui non en cours

Bénéficiaire PCH : oui non en cours

Déficience visuelle importante : oui non

Déficience auditive importante : oui non

Déplacement à l'intérieur de votre logement : normalement avec une canne

avec deux cannes avec un déambulateur en fauteuil roulant

Informations que vous jugez importantes à nous communiquer en cas d'intervention par les sapeurs-pompiers :

NOM du médecin traitant

Adresse

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date TRANSMISSION au SDIS :

Visa :

DATE INSTALLATION :

N° appareil :

OBSERVATIONS :

Signature abonné

Signature technicien

A : Le :

Très important : toute modification dans les renseignements figurant ci-dessus doit être immédiatement communiquée par écrit à :

*Conseil départemental de la Nièvre - Direction de l'Autonomie
Service Gérontologie Handicap
11, rue Emile Combes - 58028 NEVERS Cedex*